

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ



Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы
Научно-практический психоневрологический
центр им. З.П. Соловьева

ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Методические рекомендации

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный психиатр
Департамента здравоохранения города
Москвы,
профессор Г.П. Костюк

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке Департа-
мента здравоохранения города Москвы

**ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ:
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

МОСКВА 2017

Организация-разработчик:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева» Департамента здравоохранения города Москвы

Составители:

В.В. Осипова, ведущий научный сотрудник Отдела эпидемиологии, профилактики и организации помощи при пограничных психических расстройств, д.м.н., профессор

Рецензенты:

Д.м.н. А.Р. Артеменко, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
к.м.н. А.В. Масыкин, ГБУЗ ПКБ им. Н.А. Алексеева ДЗМ

Первичные головные боли: диагностика и лечение. *Методические рекомендации.* – В.В. Осипова. – Москва – 2017. – 27 с.

Предназначение:

В методических рекомендациях обобщены данные о диагностике и лечении первичных головных болей в медицинской практике. Приведены современные классификации головных болей, распространенные ошибки их диагностики и лечения, алгоритмы ведения пациентов.

Методические рекомендации предназначены для врачей общей практики, неврологов, психиатров, психотерапевтов.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения

Автор несет персональную ответственность за представленные данные в методических рекомендациях

Общие сведения о головной боли

Головная боль (ГБ, цефалгия) – одна из наиболее распространенных жалоб на приеме невролога и врача общей практики (ВОП) – является причиной значительного социально-экономического ущерба для общества и входит в десятку самых частых причин нетрудоспособности в мире.

Классификация

В соответствии с *Международной классификацией расстройств, сопровождающихся головной болью 3-го пересмотра* (МКГБ-3 бета, 2013) ГБ подразделяются на **первичные**, не связанные с заболеваниями головного мозга, мозговых сосудов и других структур, расположенных в области головы и шеи, **вторичные** или симптоматические, обусловленные причинным заболеванием, а также **краниальные невралгии и лицевые боли** (Таблица 1). Диагноз, то есть форма ГБ, должен быть сформулирован строго в соответствии с диагностическими критериями и терминами МКГБ, другая терминология недопустима.

Таблица 1. Оглавление Международной классификации головных и лицевых болей (3-е издание, бета версия – МКГБ-3 бета, 2013)

Часть I. Первичные ГБ

- Мигрень
- Головная боль напряжения (ГБН)
- Кластерная ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ)
- Другие первичные ГБ (например, связанная с физической, сексуальной нагрузкой, кашлевая ГБ, гипническая, громоподобная и др.)

Часть II. Вторичные ГБ

- ГБ, связанные с травмой головы и/или шеи.
- ГБ, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника.
- ГБ, связанные с несосудистыми внутрочерепными поражениями
- ГБ, связанные с различными веществами или их отменой (в т.ч. лекарственно-индуцированная (абузусная) ГБ, связанная с избыточным применением анальгетиков или триптанов)
- ГБ, связанные с инфекциями
- ГБ, связанные с нарушениями гомеостаза (в т.ч. ГБ, связанная с артериальной гипертензией)
- Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи (в т.ч. цервикогенная), глаз (в т.ч. связанная с глаукомой), ушей, носовой полости, пазух (в т.ч. связанная с синуситами), зу-

бов, ротовой полости или других структур черепа и лица (в т.ч. ГБ, связанная с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава)

- ГБ, связанные с психическими заболеваниями

Часть III. Болевые краниальные невралгии, другие лицевые и головные боли

- Болевые краниальные невралгии и другие лицевые боли
- Другие ГБ

Наибольшее распространение в популяции (95% всех случаев ГБ), а также в практике невролога и ВОП имеют первичные ГБ: мигрень (М) и головная боль напряжения (ГБН), 3-я по частоте – лекарственно-индуцированная (абузусная) ГБ (ЛИГБ) – вторичная ГБ, развивающаяся у пациентов с М и ГБН при длительном избыточном применении обезболивающих средств. Другие вторичные/симптоматические ГБ* встречаются в популяции существенно реже (не более 5%) и являются следствием *причинного заболевания*, которое и вызывает ГБ

Примечание: критерии вторичной цефалгии: а) наличие тесной временной связи между началом/течением ГБ и началом/течением причинного заболевания; б) выявление при осмотре и дополнительных обследованиях признаков этого заболевания и в) облегчение/прекращение ГБ при облегчении или излечении причинного заболевания. Диагностика вторичных ГБ направлена на выявление причинного заболевания и требует междисциплинарного подхода. *Примеры диагнозов вторичной ГБ:* 1. ГБ, связанная с тяжелой травмой головы. 2. ГБ, связанная с глаукомой. 3. Цервикогенная ГБ. 4. ГБ, связанная с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. 5. ГБ, связанная с бактериальным менингитом. 6. ГБ, связанная с гипертоническим кризом без гипертонической энцефалопатии.

Диагностика

Диагностика ГБ является клинической, то есть базируется на анализе жалоб, данных анамнеза и неврологического осмотра.

Жалобы. Основа правильной диагностики ГБ – тщательный расспрос пациента и знание диагностических критериев МКГБ (Таблица 2).

Таблица 2. План распроса пациента с жалобой на ГБ

<i>Вопросы, которые необходимо задать при сборе жалоб и анамнеза</i>	
Сколько типов ГБ у Вас имеется? Поскольку один пациент может иметь несколько типов ГБ, для каждого типа жалобы и анамнез собираются отдельно	
Вопросы, связанные с временем	<ul style="list-style-type: none"> – Как давно началась ГБ? – Причина обращения к врачу именно сейчас – Как часто возникает ГБ? Число дней с ГБ в месяц? (Эпизодическая – редкая (до 2 приступов в мес), частая (до 10 в мес) или хроническая (более 15 дней с ГБ в мес)) – Какова продолжительность эпизодов ГБ? (от 4 до 72 ч)
Вопросы о характере ГБ	<ul style="list-style-type: none"> – Интенсивность ГБ – Характер и качество ГБ – Локализация и распространение ГБ – Сопутствующие симптомы
Вопросы о причине ГБ	<ul style="list-style-type: none"> – Предрасполагающие и/или провоцирующие факторы – Факторы, усиливающие ГБ и/или уменьшающие ГБ – Наследственный анамнез
Поведение и общее состояние пациента во время приступа ГБ	<ul style="list-style-type: none"> – Поведение (необходим покой, сонливость или агитация, возбуждение) – Степень нарушения повседневной активности работоспособности
История лечения ГБ	<ul style="list-style-type: none"> – Купирование приступа: <ul style="list-style-type: none"> –какие лекарственные препараты пациент использовал раньше и в настоящее время: классы препаратов (простые, комбинированные анальгетики, в т.ч. с кодеином, эрготаминсодержащие, есть ли опыт применения триптанов) – эффект от лечения, динамика эффекта с годами – число дней с приемом обезболивающих в месяц, общее число доз в месяц – профилактическое (курсовое) лечение в прошлом, названия препаратов и их эффективность
Состояние здоровья в межприступном периоде*	<ul style="list-style-type: none"> – Есть ли сопутствующие нарушения/жалобы вне эпизодов ГБ – Наличие коморбидных нарушений: тревога, депрессия, панические атаки, нарушение сна, другие болевые синдромы, заболевания ЖКТ и др.

Объективный осмотр. Как правило, при первичных ГБ и ЛИГБ органические изменения в соматическом и неврологическом статусе не выявляются; могут обнаруживаться напряжение и болезненность при пальпации мышц лица, затылка и шеи (мышечно-тонический или мио-фасциальный синдром), ладонный гипергидроз, синдром Рейно, признаки гипервентиляции и повышенной тревожности; у пациентов с кластерной ГБ во время

приступа – психомоторное возбуждение и типичные локальные вегетативные симптомы на стороне боли (слезотечение, ринорея, и др.).

Параклинические исследования. Инструментальные (МРТ, КТ, ЭЭГ, УЗИ), лабораторные методы исследования и консультации специалистов в большинстве случаев не имеют диагностической ценности при первичных ГБ и ЛИГБ, поскольку не выявляют специфических для этих ГБ изменений. **Дополнительные исследования показаны только при подозрении на симптоматический характер ГБ**, то есть в двух случаях: 1. нетипичное течение ГБ (например, у пациента с мигренью одна и та же сторона мигренозной боли (без смены сторон) или продолжительность ауры >60 мин); и 2. наличие одного или более «сигналов опасности» (Таблица 3).

Таблица 3. Перечень настораживающих симптомов – «сигналов опасности» у пациентов с ГБ* (Lipton R.B., Bigal M.E., 2006)

ГБ, впервые возникшая после 50 лет, или ГБ, изменившая свое течение
«Громоподобная ГБ» (ГБ нарастающая до 10 баллов по ВАШ** за 1-2 секунды)
Строго односторонняя ГБ
Прогрессивно ухудшающаяся ГБ без ремиссий
Внезапно возникшая, необычная для пациента ГБ
Атипичная мигренозная аура (с необычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и/или продолжительностью >1 часа)
Изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти) или психические нарушения
Очаговые неврологические знаки, симптомы системного заболевания (повышение температуры тела, кожная сыпь, ригидность шеи, артралгии, миалгии)
Признаки внутричерепной гипертензии (усиление ГБ при кашле, натуживании, физическом напряжении)
Отек диска зрительного нерва
ВИЧ-инфекция, онкологическое, эндокринное и др. системное заболевание или травма головы в анамнезе
Дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде
Неэффективность адекватного лечения

* Головная боль; ** Визуальная аналоговая шкала боли

Основные принципы диагностики ГБ

1. Диагноз устанавливается в соответствии с той формой ГБ, которая имеется у пациента в настоящий момент/отмечалась в течение последних 3-6 месяцев.
2. Поскольку пациент может иметь не один, а несколько типов ГБ (со-

четание двух и более первичных ГБ, первичная + вторичная), все они должны быть внесены в диагноз. *Примеры диагнозов при наличии нескольких форм ГБ: 1) Мигрень с аурой. Эпизодическая ГБН. 2) Хроническая ГБН. ЛИГБ, связанная с избыточным приемом комбинированных анальгетиков. 3) Мигрень с аурой. ГБ, связанная с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.*

3. Необходимо определить какой характер имеет ГБ: *эпизодический* (число дней с ГБ не более 15 в месяц) или *хронический* (число дней с ГБ >15 в месяц на протяжении >3 месяцев).

Примечание: к хронизации (учащению эпизодов ГБ) мигрени и ГБН чаще всего приводят: хронический эмоциональный стресс, психические нарушения (депрессия, тревожные расстройства) и злоупотребление обезболивающими препаратами (лекарственный абюзус). Пациенты с тяжелыми хроническими формами ГБ должны наблюдаться цефалологом.

4. После основных форм ГБ в диагноз следует внести значимые коморбидные и сопутствующие неврологические нарушения (КН), которые должны быть учтены при выборе лечения. *Примеры диагнозов при наличии КН: 1. Мигрень без ауры. Шейный мышечно-тонический синдром. 2. Хроническая ГБН. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Хроническая ишемия головного мозга. 3. Хроническая мигрень. ЛИГБ (триптановая). Паническое расстройство.. Диссомния.*

Распространенные ошибки диагностики и лечения ГБ

1. Ошибочное предположение, что ГБ (особенно хронического течения) является следствием органического заболевания головного мозга или мозговых сосудов.
2. Избыточное назначение неинформативных дополнительных исследований и ошибочная трактовка результатов: выявленные неспецифические изменения расцениваются как свидетельство «органической» причины ГБ.

Примечания: 1. МРТ, ЭЭГ, УЗДГ/РЭГ и др. методы не входят в международные рекомендации по диагностике первичных ГБ. 2. Примеры неправильной трактовки выявленных изменений: незначительное расширение субарахноидальных пространств на МРТ у пациента с ГБН – основание для диагноза «Гипертензионно-гидроцефальный синдром» вместо диагноза «ГБН», единичные гиперинтенсивные очаги в белом веществе головного мозга на МРТ у молодой пациентки с М – для диагноза «ДЭП» вместо диагноза «Мигрень»).

3. Установление вместо диагнозов «Мигрень» и «ГБН» ошибочных диагнозов (остеохондроз ШОП или вегето-сосудистая дистония с цефалгическим синдромом, ДЭП, гипертензионно-гидроцефальный синдром, посттравматическая ГБ и др.) приводит к назначению *неадекватной терапии*: вместо препаратов с доказанной эффективностью широко применяются **вазоактивные и ноотропные средства, которые не обладают специфическим действием при первичных формах ГБ** и не входят в международные рекомендации по лечению первичных ГБ.

Перечисленные ошибки способствуют утяжелению течения ГБ, увеличению лекарственного злоупотребления, ухудшению качества жизни пациентов, утрате доверия пациента к врачу и, в конечном итоге, к хронизации ГБ.

Головная боль и лекарственный абзус. При избыточном применении обезболивающих препаратов у пациентов с первичными цефалгиями нередко возникает учащение ГБ за счет присоединения *лекарственно-индуцированной головной боли* (ЛИГБ, или абзусная ГБ) – хронической «фоновой» ГБ в течение 15 и более дней в месяц на протяжении более 3 месяцев. ЛИГБ облегчается или полностью проходит после отмены «виновных» обезболивающих препаратов, в.в. детоксикации и при назначении адекватной профилактики М. Наибольшее клиническое значение в России имеет ГБ при избыточном применении простых или комбинированных анальгетиков, реже триптанов.

Диагностика ЛИГБ. Основной диагностический параметр ЛИГБ – «число дней в месяц с приемом обезболивающих»: ≥ 15 дней в месяц для простых анальгетиков/НПВС и ≥ 10 дней для триптанов и комбинированных анальгетиков. При выполнении критериев ЛИГБ у пациента с М/ГБН следует установить двойной диагноз, например: «Хроническая М/Хроническая ГБН. ЛИГБ, связанная с применением комбинированных анальгетиков/триптанов/».

Головная боль и коморбидные нарушения (КН). М и ГБН (особенно хронического течения) часто сочетаются с КН, которые существенно нарушают качество жизни пациентов в межприступном периоде и способствуют хронизации ГБ. Наиболее часто отмечаются депрессия и тревожные расстройства (в т.ч. панические атаки), нарушение ночного сна, мышечно-тонические синдромы на шейном уровне, нарушения ЖКТ. Устранение КН – важная цель профилактической терапии М и ГБН.

Кто должен наблюдать пациентов с жалобой на ГБ? При условии достаточного уровня знаний (диагностические критерии МКГБ-3, современные клинические рекомендации по диагностике и лечению первичных форм ГБ) адекватное ведение пациентов может осуществляться как неврологами, так и ВОП. При наличии затруднений невролог и ВОП должны

перенаправить пациента к *специалисту по головной боли (цефалгологу)* в кабинет ГБ или в специализированный центр боли/головной боли. Показания для перенаправления к цефалгологу: подозрение на симптоматический характер ГБ, тяжелое хроническое течение ГБ, множественные коморбидные нарушения, лекарственный абюзуз, редкие формы ГБ, рефрактерность пациента к проводимой терапии. Пациенты с вторичными ГБ требуют совместного наблюдения невролога и других специалистов (в зависимости от характера причинного заболевания): нейрохирург, окулист, психиатр, ЛОР, стоматолог и др.

Алгоритм ведения пациентов с жалобой на ГБ представлен на Рис. 1.

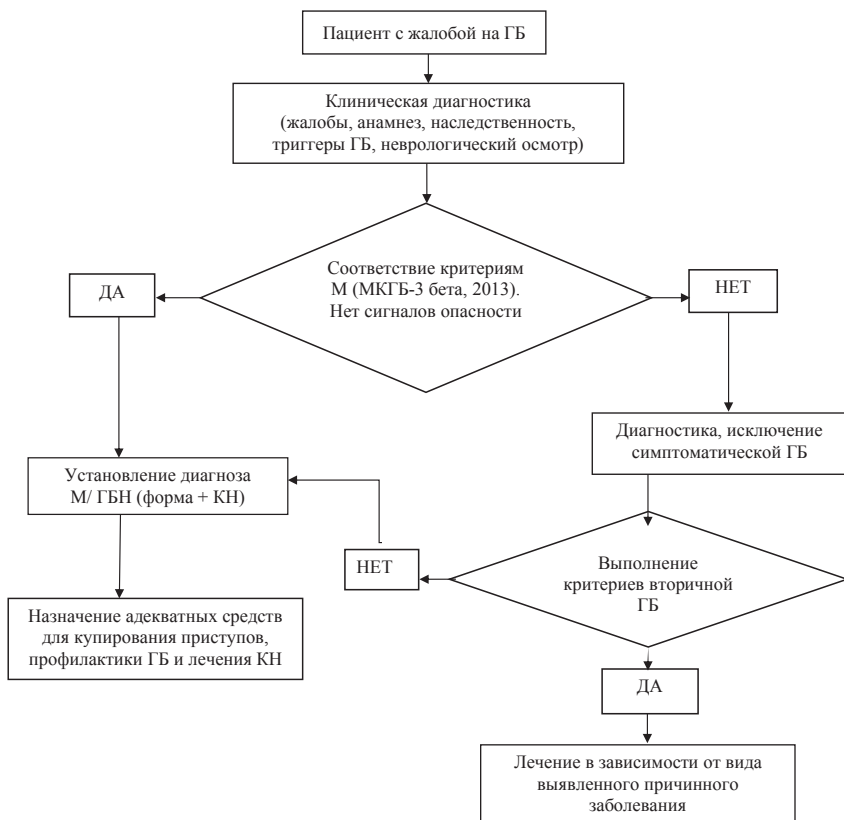


Рис 1. Алгоритм ведения пациентов с жалобой на ГБ

Примечание: ГБ – головная боль; М – мигрень; ГБН – головная боль напряжения, МКГБ-3 бета – Международная классификация головной боли 3-го пересмотра (2013); КН – коморбидные нарушения.

Общие принципы ведения пациентов с первичными цефалгиями

Для проведения грамотного клинического опроса, установления верного диагноза и назначения адекватного лечения невролог и ВОП должен знать диагностические критерии МКГБ наиболее распространенных форм ГБ (М, ГБН, ЛИГБ) и обладать начальными специальными знаниями в области диагностики и лечения ГБ.

Перед назначением лечения следует провести **поведенческую терапию**, которая включает: разубеждение пациента в наличии органической причины ГБ (разъяснение доброкачественной природы ГБ и нецелесообразности дополнительных исследований), обсуждение роли провокаторов болевых эпизодов и факторов риска хронизации ГБ (лекарственного злоупотребления, психических и других коморбидных нарушений, избыточного приема кофеина и др.) и необходимости их избегать, советы по модификации образа жизни (преодоление стресса, жизненных конфликтов, обучение психологической релаксации и др.).

Следует дать пациенту советы по эффективному **купированию болевых эпизодов** в зависимости от формы ГБ; пациентам с частыми приступами М и ГБН (более 8-10 в месяц) разъяснить риск учащения эпизодов ГБ при злоупотреблении обезболивающими препаратами.

При наличии показаний следует назначить адекватную **профилактическую терапию** достаточной продолжительности (4-12 мес), как лекарственную, так и немедикаментозную, направленную на снижение частоты дней с ГБ, лечение КН и предотвращение хронизации ГБ.

Необходимо сформировать у пациента правильные ожидания от лечения. *Профилактическое лечение считается эффективным, если после 3 месяцев терапии число дней с ГБ уменьшается на 50% и более от исходного уровня.* Для повышения комплаентности следует информировать пациента о препаратах, которые были выбраны в качестве превентивных средств, обосновать целесообразность их применения, кратко разъяснив механизм их действия при ГБ. В первую очередь, это касается антидепрессантов и антиконвульсантов, к приему которых у пациентов нередко имеется предубеждение. Пациенты с первичными ГБ после назначения лечения должны находиться под наблюдением терапевта или невролога на протяжении 4-12 месяцев (в зависимости от тяжести течения ГБ). Повторные, в т.ч. телефонные визиты для оценки эффективности и коррекции терапии проводятся 1 раз в 2-3 мес.

Прогноз. У большинства пациентов своевременная и правильная поведенческая терапия, эффективное купирование болевых эпизодов и адекватное профилактическое лечение уже через 2-3 месяца позволяет

существенно снизить число дней с ГБ в месяц и число дней/доз с приемом обезболивающих, уменьшить выраженность коморбидных нарушений, нормализовать эмоциональное состояние и работоспособность пациента. Для хорошего прогноза важнейшими предпосылками являются: модификация образа жизни пациента, разрешение конфликтов, избегание провокаторов приступов и факторов хронизации ГБ, контроль приема обезболивающих препаратов, соблюдение необходимой продолжительности профилактической терапии.

Мигрень

Кодирование по МКБ-10: G43.0 – Мигрень без ауры, G43.1 – Мигрень с аурой, G43.3–Хроническая (осложненная) мигрень G44.4 – Головная боль, вызванная применением лекарственных средств (при сочетании мигрени с абוזусной ГБ (ЛИГБ)).

Мигрень (М) – вторая по частоте форма первичной цефалгии после головной боли напряжения. Распространённость М в мире в среднем составляет 14%, она чаще встречается у женщин и обычно впервые проявляется в возрасте от 10 до 20 лет; у 60–70% больных имеет наследственный характер и после 55–60 лет у большинства больных прекращается.

Клиническая характеристика. М проявляется интенсивными приступообразными чаще односторонними головными болями, со средней частотой 2–4 в месяц, а также различным сочетанием неврологических, желудочно-кишечных и вегетативных проявлений. Боль чаще пульсирующего и давящего характера обычно захватывает половину головы и локализуется в области лба и виска, вокруг глаза. Приступ обычно сопровождается тошнотой, повышенной чувствительностью к дневному свету (фотофобия) и звукам (фонофобия), боль усиливается от обычной физической активности. В приступе М выделяют 4 стадии, которые развиваются в характерной последовательности: продром (предвестники ГБ), аура (если есть), стадия ГБ и постдром (стадия разрешения). Приступы провоцируются эмоциональным стрессом, изменением погоды, менструацией, духотой, голодом, недосыпанием или избыточным сном, приемом алкоголя.

Классификация. Наиболее частыми формами являются *М без ауры* (ранее простая М, 80% случаев) и *М с аурой* (ранее классическая М, до 20% случаев). При М с аурой за 10–30 мин до фазы ГБ у пациента возникают односторонние, полностью обратимые зрительные, реже чувствительные («марш парестезий», восходящий от кисти к плечу и лицу) и другие симптомы (например, нарушение речи). Хроническая М (ХМ) встречается у 4–8% пациентов; другие формы, осложнения М и эпизодические синдромы, которые, могут сочетаться с М, встречаются значительно реже (Таблица 4).

Таблица 4. Классификация мигрени МКГБ-3 бета, 2013 г.

1.1. Мигрень без ауры

1.2. Мигрень с аурой

1.2.1. Мигрень с типичной аурой

1.2.1.1. Типичная аура с ГБ

1.2.1.2. Типичная аура без ГБ

1.2.2. Мигрень со стволовой аурой

1.2.3. Гемиплегическая мигрень

1.2.3.1. Семейная гемиплегическая мигрень (СГМ)

1.2.3.2. Спорадическая гемиплегическая мигрень

1.2.4. Ретинальная мигрень

1.3. Хроническая мигрень

1.4. Осложнения мигрени

1.4.1. Мигренозный статус

1.4.2. Персистирующая аура без инфаркта

1.4.3. Мигренозный инфаркт

1.4.4. Эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой

1.5. Возможная мигрень

1.6. Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью

1.6.1. Повторяющиеся желудочно-кишечные нарушения

1.6.1.1. Синдром циклических рвот

1.6.1.2. Абдоминальная мигрень

1.6.2. Доброкачественное пароксизмальное головокружение

1.6.3. Доброкачественный пароксизмальный тортиколиз

Диагностика М является клинической и основана на данных анамнеза, тщательном анализе характеристик ГБ и их соответствии диагностическим критериям МКГБ. Лабораторные и инструментальные исследования показаны только при подозрении на симптоматический характер М. Диагностические критерии (МКГБ-3 бета) трех основных форм М приведены в Таблицах 5а-5в.

Таблица 5а. Диагностические критерии мигрени без ауры

А. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям В-Д.

В. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении)

С. ГБ имеет как минимум 2 из следующих характеристик:

1. односторонняя локализация

2. пульсирующий характер

3. интенсивность боли от средней до тяжёлой

4. ГБ ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (например, ходьба, подъём по лестнице)

Д. ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:

1. тошнота и/или рвота

2. фототфобия и фонофобия

Е. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета.

Таблица 5б. Диагностические критерии мигрени с аурой

- А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающих критериям В и С
- В. Один или более из следующих полностью обратимых симптомов ауры:
1. зрительные
 2. сенсорные
 3. речевые и/или связанные с языком
 4. двигательные
 5. стволовые
 6. ретинальные
- С. Две или более из следующих характеристик:
1. один или более симптомов ауры постепенно развиваются в течение 5 и более минут, и/или 2 и более симптомов возникают последовательно
 2. каждый симптом ауры продолжается 5-60 минут
 3. один и более симптомов ауры является односторонним
 4. аура сопровождается головной болью или головная боль возникает в течение 60 минут после ауры
- Д. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета

Хроническая М (ранее трансформированная) – самая тяжелая форма М, когда число дней с ГБ – 15 и более в месяц в течение >3 месяцев, при этом ГБ с признаками М наблюдается не менее 8 дней в месяц. Большинство случаев ХМ начинаются как М без ауры, поэтому хронизация рассматривается, как осложнение эпизодической М (см. критерий В – наличие типичных приступов эпизодической М в начале заболевания). Для ХМ характерно присоединение коморбидных, в первую очередь, эмоционально-личностных расстройств, лекарственного злоупотребления и значительная дезадаптация.

Таблица 5в. Диагностические критерии хронической мигрени

- А. ГБ (мигреноподобная и/или по типу ГБН) ≥ 15 дней в месяц ≥ 3 месяцев, отвечающая критериям В и С
- В. В анамнезе ≥ 5 приступов М без ауры (1.1 по критериям В-D) и/или М с аурой (1.2 по критериям В-С)
- С. ≥ 8 дней в месяц в течение ≥ 3 месяцев соответствует одному или более из следующих критериев:
- М без ауры
 - М с аурой
 - по мнению пациента – имелся приступ М, прерванный или облегчаемый триптаном или препаратом эрготамина
- Д. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета

Дифференциальная диагностика. Чаще всего приходится дифференцировать приступ М от эпизода ГБН (Таблица 6).

Таблица 6. Сравнительная клиническая характеристика мигрени и ГБН

Клиническая характеристика	Мигрень	ГБН
Локализация ГБ	Чаще односторонняя боль (половина головы), типично чередование сторон Висок, область глаза, лоб, темя	Двусторонняя, диффузная В области висков, темени, затылка
Характер боли	Чаще пульсирующий	Сжимающий, опоясывающий, по типу «обруча» или «каска»
Интенсивность боли	Сильная, невыносимая (более 8 баллов по ВАШ)*	Слабая или умеренная (3-5 баллов по ВАШ)*
Сопутствующие симптомы	Тошнота и/или рвота, фоно-, и фотофобия	Редко тошнота, возможно присутствие либо фото-, либо фонофобии
Связь интенсивности боли с физической нагрузкой	Обычная физическая нагрузка (подъем по лестнице) усиливает боль	Не характерна
Провоцирующие факторы	Эмоц. стресс, перемена погоды, избыточный или недостаточный сон, менструация, алкоголь, голод, духота	Эмоц. стресс, вынужденная неудобная поза, вызывающая напряжение мышц головы или шеи
Наследственность	Положительная у 60% пациентов	Не отмечена

* ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли

Лечение мигрени. Традиционная терапия М складывается из поведенческой терапии, купирования уже развившегося приступа и профилактического лечения, направленного на предотвращение приступов (Таблицы 6.1–6.3.). Другие подходы включают профилактику и лечение КН и воздействие на факторы риска хронизации М.

Поведенческая терапия – необходимый этап эффективного ведения пациентов – проводится во время беседы с пациентом и включает: разъяснение доброкачественной природы М, разубеждение в наличии органического заболевания НС, обсуждение роли провокаторов приступов и необходимости их избегать, факторов риска хронизации М (лекарственного злоупотребления, стресса, психических и других КН), а также краткое обоснование тактики лечения (механизмов действия назначенных профилактических средств).

Лечение приступа М назначают в зависимости от его интенсивности и степени дезадаптации пациента. При нечастых приступах слабой или

умеренной интенсивности и относительно сохранном общем состоянии показаны простые или комбинированные анальгетики; при выраженной тошноте и рвоте – противорвотные средства (Таблица 6.1). **У ряда пациентов может быть эффективен лорноксикам (Ксефокам) в дозе 8 мг в начале приступа М (включен в российский стандарт первичной медико-санитарной помощи при М).**

Таблица 6.1. Симптоматическая терапия приступа мигрени (1 этап)

Анальгетики	Противорвотные
Ацетилсалициловая кислота 900-1000 мг (только для взрослых) или Ибупрофен 400-800 мг или Диклофенак 50-100 мг или Напроксен 500-1000 мг или (если есть противопоказания) Парацетамол 1000 мг	Домперидон 20 мг или Метоклопрамид 10 мг

При большой интенсивности боли и значительной дезадаптации назначают патогенетические средства – **триптаны**, агонисты серотониновых рецепторов типа 5HT₁. (Таблица 6.2.). Эффективность триптанов гораздо выше при их раннем назначении, когда интенсивность боли еще незначительная. В целом триптаны хорошо переносятся, а противопоказания к их назначению (например, ИБС, злокачественная гипертензия и др.) почти не встречаются у больных М. Наибольшей кардиобезопасностью обладает элетриптан. Всегда следует помнить о риске развития лекарственного абзуса и ЛИГБ особенно у пациентов с частотой атак ≥ 10 в мес. Поэтому *число дней с приемом любых обезболивающих не должно превышать 8 в месяц (по одной дозе в сутки).*

Таблица 6.2. Специфическая терапия приступа мигрени (2-ой этап)*

Суматриптан	Таблетки 50 мг и 100 мг, назальный спрей 20 мг, ректальные свечи 25 мг
Элетриптан	Таблетки 20 и 40 мг
Золмитриптан	Таблетки 2.5 мг
Наратриптан	Таблетки 2.5 мг

* Указаны триптаны, зарегистрированные в России.

Профилактическая терапия направлена на снижение частоты, длительности, интенсивности приступов, числа доз обезболивающих, на лечение КН и на улучшение качества жизни пациентов (Таблица 6.3.). *Основные показания к курсовому лечению:* частота дней с ГБ > 4 в месяц, недостаточная эффективность средств для купирования приступов М, тяжелые КН, наличие факторов риска хронизации М (абзус, депрессия), продолжительная аура (>60 мин). Продолжительность курсового лечения – от 3

до 12 мес (в среднем 4-6 мес при эпизодической М, 8-12 мес – при ХМ), затем делают попытку постепенной отмены препарата(ов) или снижают их дозировку.

Таблица 6.3 Лекарственные средства с доказанной эффективностью, рекомендуемые для профилактики мигрени

Препараты	Суточная доза, мг	Уровень доказательности
<i>В-блокаторы</i>		
Метопролол	50-200	A
Пропранолол	40-240	A
<i>Антагонисты рецепторов ангиотензина II</i>		
Кандесартан	16	A
<i>Антиконвульсанты</i>		
Вальпроевая кислота	500-800	A
Топирамат	25-100	A
<i>Ботулинический токсин типа А</i> (Ботокс®)	155-195 Ед	A (при хронической М)
<i>Антидепрессанты</i>		
Амитриптилин	50-150	B
Венлафаксин	75-150	B
<i>Другие средства</i>		
Напроксен	2 x 250-500	B
Препараты белокопытника (петадолекс)	2 x 75	B
Бисопролол	5-10	B
Коэнзим Q10 (идебенон)	60-300	C
Ацетилсалициловая кислота	300	C
Габапентин	1200-1600	C
Магnezия	24 ммоль	C
Ромашка девичья	3 x 6.25	C
Рибофлавин	400	C
Лизиноприл	20	C
Верапамил	320 – 480	C

Основной критерий эффективности профилактической терапии – *снижение числа дней с ГБ в месяц после 3 месяцев лечения не менее чем на 50% от исходного*. Вазоактивные и ноотропные средства, не обладающие профилактическим эффектом при М, не рекомендованы для лечения М, но

могут быть полезны у пациентов с легкими когнитивными нарушениями, головокружением, шумом в ушах.

При сочетании М с ЛИГБ рекомендовано лечение ЛИГБ, которое включает: поведенческую терапию (разъяснение роли абзуса в учащении эпизодов ГБ), отмену препаратов злоупотребления, подбор обезболивающего препарата другой фармакологической группы для купирования ГБ на период отмены, в.в. детоксикацию* и профилактическое лечение М.

* *Примечание:* для детоксикации применяют: 1. кортикостероиды: дексаметазон раствор для инъекций 4-8 мг на 200-400 мл физиологического раствора внутривенно капельно 7-10 дней или преднизолон внутрь (1 г на кг веса), в среднем 60 мг в сутки с постепенным снижением дозы на 5-10мг каждые 3 дня в течение 1-2 недель вплоть до отмены – 7 дней; 2. Сульфат магния 25% 10 мл; 3. регидратация: потребление жидкости не менее 2 л в минуту, инфузии физиологического раствора – 200.0-400.0 мл/сут.

Лечение хронической мигрени. В связи с тяжелым течением заболевания и множественными КН оптимальное ведение пациентов с ХМ должно осуществляться цефалгологом. Препараты подбираются с учетом КН; длительность лечения должна составлять не менее 1 года. Доказанной эффективностью при ХМ обладают *топирамат* и *препарат ботулинического токсина типа А (БТА)* Ботокс®. Топирамат назначается длительным курсом (12 мес) с титрованием дозы по 25мг в неделю, начиная с 25 мг до 100 мг в сутки.

Ботокс® – единственный одобренный в мире и в России БТА для профилактического лечения ХМ – может быть использован при неэффективности ранее проведенных курсов профилактического лечения или применяться в качестве препарата первой линии при наличии противопоказаний к приему таблетированных средств, или совместно с ними. Для БТА разработаны специфические схемы лечения (протокол введения препарата) и дозы, нарушение которых ведет к неэффективности лечения и нежелательным явлениям.

Другие методы лечения. Пациентам с выраженной дисфункцией перикраниальных мышц могут быть рекомендованы миорелаксанты (тизанидин, баклофен), флупиртин, постизометрическая релаксация, массаж воротниковой зоны, мануальная терапия, лечебная гимнастика, иглорефлексотерапия. Хорошей эффективностью при М и ГБН обладают когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и биологическая обратная связь с электромиографией перикраниальных мышц (ЭМГ-БОС), направленные на преодоление стресса, коррекцию болевого поведения, обучение психологической и мышечной релаксации; при тяжелых эмоционально-личност-

ных/соматоформных расстройствах показана консультация психиатра. Как дополнительный способ терапии в комбинации с другими методами лечения могут быть рекомендованы блокады большого затылочного нерва с использованием кортикостероидов и местных анестетиков. У пациентов с тяжелой хронической М, устойчивой к адекватной лекарственной терапии, применяют нейрохирургические методы инвазивной нейромодуляции (чаще всего, стимуляцию большого затылочного нерва).

Головная боль напряжения

Кодирование по МКБ-10: G44.2 – Головная боль напряженного типа (эпизодическая и хроническая). G44.4 – Головная боль, вызванная применением лекарственных средств (при сочетании ГБН с ЛИГБ).

Головная боль напряжения (ГБН) – самая частая форма первичной ГБ, проявляющаяся болевыми эпизодами продолжительностью от 30 минут до нескольких суток; распространенность в течение жизни в общей популяции – от 30 до 78%.

Клиническая характеристика. ГБ, обычно двусторонняя, легкой или умеренной интенсивности (до 7 баллов по ВАШ), имеет сжимающий или давящий неппульсирующий характер, часто по типу «обруча» или «каска», может появляться вскоре после пробуждения, и присутствует на протяжении всего дня, то, усиливаясь, то ослабевая; возможно сохранение ГБ в течение нескольких дней подряд. Характерно возникновение или усиление боли на фоне эмоционального напряжения, и ее облегчение во время отдыха или легкой физ. нагрузки. В отличие от М боль не сопровождается тошнотой и рвотой, но может снижаться аппетит; менее характерна чувствительность к свету или звукам; во время эпизода ГБН пациенты сохраняют способность работать и выполнять свои обычные обязанности.

Среди основных *провокаторов ГБН* – «мышечный фактор» (позное напряжение) и эмоциональный стресс, который, в свою очередь, вызывает и усиливает напряжение мышц головы и шеи. Большинство пациентов жалуются на болезненность и чувство напряжения в мышцах затылка и шеи, что является клиническим отражением дисфункции перикраниальных мышц (мышечно-тонического синдрома). Нередко присутствуют жалобы на повышенную тревожность, сниженный фон настроения, плохое качество ночного сна. Депрессия, часто обнаруживающаяся у пациентов ГБН, поддерживает мышечное напряжение и болевой синдром, приводя к хронизации ГБН.

Классификация. В соответствии с МКГБ-3 бета ГБН подразделяют на эпизодическую (ЭГБН), возникающую не более 15 дней в течение 1 месяца (или 180 дней в течение года) и хроническую формы (ХГБН) – более 15 дней в месяц (или более 180 дней в течение года). Обе формы подразделя-

ются (в зависимости от наличия или отсутствия мышечной дисфункции) на подтипы «ГБН с напряжением перикраниальных мышц» и «без напряжения перикраниальных мышц» (Таблица 1).

Таблица 1. Классификация головной боли напряжения (МКГБ-3, 2013)

- 2.1. Нечастая эпизодическая ГБН
 - 2.1.1. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением (болезненностью) перикраниальных мышц
 - 2.1.2. Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
- 2.2. Частая эпизодическая ГБН
 - 2.2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.2.2. Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
- 2.3. Хроническая ГБН
 - 2.3.1. Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.3.2. Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
- 2.4. Возможная ГБН
 - 2.4.1. Возможная нечастая эпизодическая ГБН
 - 2.4.2. Возможная частая эпизодическая ГБН
 - 2.4.3. Возможная хроническая ГБН

Хроническая ГБН, так же как и хроническая М, представляет собой одну из форм хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ) и сопряжена с выраженной дезадаптацией. При тяжелом течении пациенты испытывают ГБ ежедневно или постоянно. Важным диагностическим признаком ХГБН является предшествующее наличие ЭГБН. У некоторых пациентов отмечается сочетание М и ГБН. Важную роль в трансформации ЭГБН в ХГБН играют такие факторы хронизации, как психические нарушения (депрессия, тревожные расстройства), лекарственный абюзус и напряжение перикраниальных мышц.

Диагностика ГБН, как и М, является клинической. При типичной клинической картине проведение дополнительных обследований неинформативно. В связи с частыми жалобами на напряжение и болезненность мышц шеи и затылка, важной частью осмотра является *пальпаторное исследование перикраниальных мышц*. Следует расспросить пациента о наличии КН (нарушения ночного сна, депрессия, тревожность, панические атаки и др.), которые дополнительно ухудшают качество жизни и требуют лечения. В Таблице 2 представлены обобщенные диагностические критерии ГБН, в Таблице 2а критерии ХГБН (МКГБ-3 бета, 2013).

Таблица 2. Обобщенные диагностические критерии ГБН

- Продолжительность ГБ от 30 минут до 7 дней
- ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик:
 - двухсторонняя локализация
 - давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер
 - легкая или умеренная интенсивность
 - боль не усиливается от обычной физической активности
- Оба симптома из нижеперечисленных:
 - отсутствие тошноты или рвоты (возможно снижение аппетита)
 - только фотофобия или только фонофобия
- ГБ не связана с другими расстройствами:

Таблица 2а. Диагностические критерии хронической ГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц

А. ГБ, возникающая не менее 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (не менее 180 дней в год), отвечающая общепринятым критериям (Таблица 2.1.)

Б. ГБ продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер

В. Повышенная чувствительность (болезненность) перикраниальных мышц при пальпации

Лечение ГБН направлено на нормализацию эмоционального состояния пациента, устранение мышечного напряжения, коррекцию коморбидных, в первую очередь, психических нарушений, и при необходимости, лекарственного злоупотребления. Основные подходы включают поведенческую терапию, купирование болевых эпизодов и профилактическое лечение.

Основные положения *поведенческой терапии* включают: разъяснение доброкачественной природы ГБН, механизмов ее возникновения (роли эмоционального и мышечного напряжения), необходимости обучения психологической и мышечной релаксации, а также механизмов действия профилактических препаратов (антидепрессантов) и пользы немедикаментозных методов.

Для *купирования болевых эпизодов ГБН* рекомендованы простые анальгетики/нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (Таблица 3). **В качестве препарата первого выбора рекомендован ибупрофен в дозе 400 мг, который обладает наименьшим потенциалом вызывать желудочно-кишечные осложнения.** Число дней с приемом любых обезболивающих не должно превышать 8 в месяц по одной дозе в сутки.

Таблица 3. Симптоматическая терапия приступа ГБН

Вещество	Разовая доза, мг	Уровень рекомендаций	Нежелательные явления
Ибупрофен	200-800	A	НПВС- гастропатия, риск кровотечения
Кетопрофен	25	A	То же
Ацетилсалициловая кислота (АСК)	500-1000	A	То же
Напроксен	375-500	A	То же
Диклофенак	12,5-100	A	То же
Парацетамол	1000	A	Меньше, чем у НПВС

Профилактическое лечение рекомендовано пациентам с ХГБН и частой ЭГБН и включает исключительно антидепрессанты (Таблица 4). Эффект антидепрессантов при первичных ГБ обусловлен их собственным противоболевым действием вследствие усиления активности антиноцицептивных (противоболевых) систем. Лечение считается эффективным, если частота эпизодов ГБН (число дней с ГБ в месяц) сокращается через 3-х месяца терапии на 50% и более от исходной.

Лечение наиболее эффективным антидепрессантом амитриптилином начинают с небольших доз (5-10 мг/сут), затем каждую неделю дозу титруют на 5-10 мг/сут до наступления клинической эффективности или появления нежелательных явлений; средняя эффективная доза составляет 30-75 мг/сут. **В качестве препаратов второго выбора рекомендованы мirtазапин и венлафаксин, третьего выбора – другие три- и тетрациклические антидепрессанты.**

Таблица 4. Препараты для профилактического лечения ГБН

Вещество	Суточная доза, мг	Уровень рекомендаций
Амитриптилин	30–75	A
Митразапин	30	B
Венлафаксин	150	B
Кломипрамин	75-150	B
Мапротилин	75	B
Миансерин	30-60	B

При сочетании ХГБН с ЛИГБ рекомендовано лечение ЛИГБ, которое включает: поведенческую терапию, отмену препаратов злоупотребления, подбор обезболивающего препарата другой фармакологической группы

для купирования ГБ на период отмены, детоксикацию* и профилактическое лечение ГБН.

* *Примечание:* для детоксикации применяют: 1. кортикостероиды: дексаметазон раствор для инъекций 4-8 мг на 200-400 мл физиологического раствора внутривенно капельно 7-10 дней или преднизолон внутрь (1 г на кг веса), в среднем 60 мг в сутки с постепенным снижением дозы на 5-10мг каждые 3 дня в течение 1-2 недель вплоть до отмены – 7 дней; 2. амитриптилин 2,0 мл на 100 мл физиологического раствора внутривенно капельно 7 дней; 3. регидратация: потребление жидкости не менее 2 литров в минуту, инфузии физиологического раствора – 200.0-400.0 мл/сут.

Другие препараты и методы лечения. При неэффективности или плохой переносимости средств, перечисленных в таблице 4, и при наличии тревожно-депрессивных проявлений можно пробовать антидепрессанты из группы СИОЗС (пароксетин, флуоксетин, сертралин и др.), соматоформных – нейролептики (хлорпротиксен, флуанксол, кветиапин и др). При неэффективности или непереносимости антидепрессантов могут использоваться антиконвульсанты (топирамат 100 мг в сутки в два приема, габапентин 1600- 2400 мг в сутки). В качестве дополнительной терапии ХГБН, особенно у пациентов с выраженным напряжением перикраниальных мышц могут использоваться миорелаксанты: тизанидин (6-8 мг/сут) и толперизон (450 мг/сут). Хорошей эффективностью обладают и нелекарственные методы (Таблица 5).

Таблица 5. Нелекарственные методы лечения ГБН

Метод лечения	Уровень рекомендаций
<i>Психо-поведенческие методы</i>	
Электромиографическая биологическая обратная связь (ЭМГ-БОС)*	A
Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)	C
Релаксационный тренинг	C
Физиотерапия	C
Акупунктура	C

* *БОС-тренинг с обратной связью по электрической активности мышц скальпа и шеи*

Как дополнительный способ терапии в комбинации с другими нелекарственными методами лечения и фармакотерапией могут применяться блокады триггерных точек с использованием местных анестетиков (лидокаин, бупивакаин). Ботулинотерапия не рекомендована для профилактического лечения ГБН. Пациентам с тяжелой хронической формой ГБН и психическими, в том числе соматизированными нарушениями, показано наблюдение психиатра.

Кластерная (пучковая) головная боль

Кодирование по МКБ-10: G44.0 – синдром «гистаминовой» головной боли (эпизодическая и хроническая)

Кластерная (пучковая) ГБ (КГБ, ПГБ) является самой частой разновидностью *тригеминальных (автономных) вегетативных цефалгий* (ТВЦ), которые занимают 3 раздел МКБ-3 бета и сочетают в себе как черты ГБ, так и типичные признаки краниальных парасимпатических невралгий.

Таблица 1. Кластерная головная боль и другие ТВЦ

- 3.1. Кластерная (пучковая) головная боль (ПГБ)
 - 3.1.1. Эпизодическая ПГБ
 - 3.1.2. Хроническая ПГБ
- 3.2. Пароксизмальная гемикрания (ПГ)
 - 3.2.1. Эпизодическая (ЭПГ)
 - 3.2.2. Хроническая (ХПГ)
- 3.3. Кратковременные односторонние невралгические приступы головной боли (КОНГБ)
 - 3.3.1. Кратковременные односторонние невралгические приступы головной боли с инъектированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС) (*Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)*)
 - 3.3.1.1. Эпизодический КОНКС
 - 3.3.1.2. Хронический КОНКС
 - 3.3.2. Кратковременные односторонние невралгические приступы головной боли с краниальными вегетативными симптомами (*Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA)*)
 - 3.3.2.1. Эпизодический SUNA
 - 3.3.2.2. Хронический SUNA
- 3.4. Гемикрания континуа (*Hemicrania continua*)
- 3.5. Возможная тригеминальная вегетативная цефалгия
 - 3.5.1. Возможная ПГБ
 - 3.5.2. Возможная ПГ
 - 3.5.3. Возможная КОНГБ
 - 3.5.4. Возможная гемикрания континуа

Распространенность КГБ в популяции невысока – 0,1–0,4%, мужчины страдают в 3–4 раза чаще, чем женщины. Возрастной пик заболеваемости у мужчин приходится на второе десятилетие, женщины имеют два пика – от 15 до 20 лет и от 45 до 50 лет. Большинство пациентов имеют эпизодическую форму ПГБ (90% всех случаев) с чередованием болевых периодов и ремиссий; реже (до 10%) встречается хроническая КГБ, когда ремиссии или отсутствуют совсем или не превышают 1 месяц.

Клиническая характеристика. При описании КГБ используют следующие понятия: *приступ (атака)* – единичный эпизод боли, *«пучок» или кластерный период* – период времени, в течение которого у пациента воз-

никают множественные болевые приступы, *ремиссия* – период, свободный от приступов боли.

Основное проявление КГБ – приступы чрезвычайно интенсивной боли в одной половине лица и головы продолжительностью от 15 до 180 минут, возникающие ежедневно с частотой от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки. Строго односторонняя боль, возникает, как правило, вокруг глаза, надбровной, височной областях и имеет чрезвычайно мучительный характер (10 баллов по ВАШ), возможна иррадиация в верхнюю или нижнюю челюсть. Внезапно начавшись, боль нарастает и достигает максимума в течение 10-15 мин, сохраняется на протяжении в среднем 30-45 мин (до 2 ч), затем постепенно самопроизвольно проходит.

На высоте боли у пациентов возникают типичные *вегетативные симптомы на болевой стороне*: слезотечение, покраснение конъюнктивы, заложенность носа или ринорея (признаки парасимпатической активации), птоз, отечность верхнего века, миоз (симптомы симпатической гипопункции); могут быть и мигренозные симптомы (тошнота, рвота, фоно- и фотофобия). Во время приступа из-за невыносимой жгучей боли у большинства больных отмечается психомоторное возбуждение (метание, раскачивание из стороны в сторону, агрессия).

Во время обострения приступы могут возникать самопроизвольно или провоцироваться приемом вазодилаторов (в т.ч. алкоголем), недосыпанием, синдромом апное во сне. Основной провокатор болевых периодов – нарушение привычных биоритмов (нарушение режима сна-бодрствования, смена часовых поясов).

При *объективном осмотре* во время приступа хорошо видны описанные выше вегетативные проявления на лице и характерное болевое поведение. В течение нескольких часов после приступа может выявляться полный или частичный синдром Горнера. В межприступном периоде в статусе не обнаруживается никаких неврологических нарушений.

Особенности течения заболевания. От других форм цефалгий эпизодическую форму КГБ отличает периодичность течения заболевания – смена болевых «пучков» и ремиссий и обязательное появление приступов во время ночного сна. Приступы ПГБ возникают сериями (пучками), которые имеют продолжительность от нескольких недель до нескольких месяцев (в среднем 1 мес); болевые периоды сменяются ремиссиями от нескольких месяцев до нескольких лет (в среднем 1–2 года). У 10% пациентов отмечается хроническое течение без ремиссий; для многих больных характерна сезонность обострений весной и осенью.

Диагностика КГБ – клиническая; основывается на типичной клинической картине и характерном течении заболевания. Быстро нарастающая строго односторонняя мучительная боль, ее неоднократное повторение в те-

чение суток, облитатность ночных атак, типичные вегетативные проявления на стороне боли, двигательное и эмоциональное возбуждение во время атаки, а также периодичность течения заболевания – смена болевых «пучков» и ремиссий – являются основными критериями диагностики КГБ.

Дополнительные методы исследования, включая нейровизуализационные, как в период болевого пучка, так и во время ремиссии, являются неинформативными и должны проводиться только при нетипичной кинической картине с целью исключения симптоматической природы КГБ. Диагностические критерии КГБ представлены в Таблице 2.

Таблица 2. Диагностические критерии эпизодической и хронической КГБ (МКГБ-3 бета)

Эпизодическая КГБ

А. Приступы, отвечающие критериям 3.1. ПГБ и возникающие в виде обострений (болевых пучков)

В. По меньшей мере 2 болевых периода, продолжительностью 7365 дней (без лечения), разделенных свободными от боли периодами (ремиссиями) продолжительностью не менее 1 месяца

Хроническая КГБ

А. Приступы, отвечающие критериям 3.1. ПГБ и критерию В

В. Приступы повторяются в течение 1 года без ремиссий или с ремиссиями, продолжительность которых менее 1 месяца.

Лечение ПГБ. Перед назначением терапии следует разъяснить пациенту доброкачественный характер КГБ, возможный прогноз течения заболевания, необходимость избегать потенциальных провоцирующих факторов во время болевого периода (отказ от алкоголя, лекарственных препаратов и продуктов, обладающих сосудорасширяющими свойствами, соблюдение режима сна-бодрствования). Терапия включает купирование приступов и профилактику болевых периодов (Таблица 3).

Таблица 3. Препараты, рекомендуемые для лечения КГБ

Вид лечения	Вещество, доза и уровень доказательности
Купирование приступа	Ингаляции 100% кислорода 7-15 л/мин в течение 15 мин (А) Суматриптан подкожные инъекции 6 мг*, назальный спрей 20 мг (А) Золмитриптан назальный спрей* 5 мг и 10мг (А/В) Золмитриптан таблетки 5 мг и 10 мг (В) Лидокаин 1 мл 4% раствора интраназально (В)
Профилактическая терапия	Верапамил 240–960 мг/сут (А) Преднизолон 60-100 мг утром или 500 мг в/в (А) (в сочетании с омепразолом (20 мг/сут) Лития карбонат 600-1500 мг/сут (В) Топирамат 100 мг/сут (В) Вальпроевая кислота 600-1500 мг/сут (С) Мелатонин 10 мг/сут (С) Баклофен 15-30 мг/сут (С)

* в России не зарегистрированы

Для купирования приступов наиболее эффективны триптаны и ингаляции 100% кислорода, в меньшей степени – местные анестетики (лидокаин, капсаицин); анальгетики и опиоиды не применяются.

Профилактическое лечение должно начинаться как можно раньше после начала болевого периода. Даже при заметном улучшении в течение первых 1–2 недель терапии пациенты не должны прерывать курс: продолжительность лечения должна превосходить обычную продолжительность болевых пучков. Наибольшей эффективностью обладают кортикостероиды и верапамил.

Кортикостероиды (преднизолон) назначают в виде короткого 2–3-недельного курса, начиная с 40–80 мг в сутки утром на протяжении 3–5 дней с последующим снижением дозы на 10 мг каждые 1–3 дня и постепенной отменой препарата в течение 18 дней. Для предотвращения побочных эффектов со стороны ЖКТ лечение сочетают с омепразолом (20 мг/сут). Возможно совместное применение кортикостероидов с верапамилом и другими препаратами или присоединение их после завершения курса преднизолона.

Начальную дозу *верапамила* 120–240 мг при необходимости повышают на 80 мг каждые 2 недели. Максимальная доза зависит от степени эффекта и переносимости. При длительном применении верапамила необходимо регулярное проведение ЭКГ с целью контроля АД и состояния проводимости сердца

К препаратам второго выбора относятся *карбонат лития* и *топирамат*, к препаратам третьего выбора – *вальпроевая кислота*, *мелатонин* и

баклофен. При недостаточной эффективности возможна комбинация нескольких препаратов. У пациентов с хронической формой КГБ препаратами выбора являются кортикостероиды и антиконвульсанты.

Другие методы лечения КГБ. При неэффективности лекарственных подходов и при хронических формах КГБ могут применяться немедикаментозные методы лечения. Ранее широко использовались хирургические методы, в том числе радиочастотная термокоагуляция тригеминального ганглия, радиочастотная ризотомия и микроваскулярная декомпрессия корешков тройничного нерва. Наиболее эффективный из перечисленных методов – радиочастотная тригеминальная ризотомия. У ряда пациентов кратковременная ремиссия достигалась введением метилпреднизолона (120 мг) с лидокаином в большой затылочный нерв на стороне боли. Временный эффект также вызывают блокады крылонебного ганглия кокаином или лидокаином.

В последние годы у пациентов с тяжелыми хроническими формами КГБ, устойчивыми ко всем видам фармакологического лечения, применяют нейрохирургические методы инвазивной нейромодуляции: стимуляцию большого затылочного нерва и крылонебного ганглия.

Список сокращений

АГБ (ЛИГБ) – абзусная (лекарственно-индуцированная) головная боль

ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли (10 баллов)

ВОП – врач общей практики

ГБ – головная боль

ГБН – головная боль напряжения

ДПМ – дисфункция перикраниальных мышц

КГБ – кластерная головная боль

КН – коморбидные нарушения

КТ – компьютерная томография

ЛИГБ (абзусная) – лекарственно-индуцированная головная боль

М – мигрень

МА – мигрень с аурой

МБА – мигрень без ауры

МКГБ-3 бета – международная классификация расстройств, сопровождающихся головной болью, 3-е издание, бета-версия (2013)

МРТ – магнитно-резонансная томография

НПВС – нестероидные противовоспалительные препараты

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ТВЦ – тригеминальные вегетативные цефалгии

УЗДГ – ультразвуковая доплерография
ХГБН – хроническая головная боль напряжения
ХМ – хроническая мигрень
ЦГБ – центр головной боли
Цефалголог – специалист по диагностике и лечению головной боли
ЭГБН – эпизодическая головная боль напряжения
ЭЭГ – электроэнцефалография
5-НТ1 – серотониновые рецепторы типа 5-НТ1

Сведения об авторе: Осипова Вера Валентиновна, д.м.н., главный научный сотрудник ГБУЗ Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы, ученый секретарь Российского общества по изучению головной боли (РОИГБ)